

Lymphome Hodgkinien de l'enfant

Dr ZRIBA SAMI

FN 5 ans

- Magma d'ADP cervicales droites (8 x 6,5 cm)
- PS = 0
- Pas de signes cliniques d'évolutivité
- NFS :
 - GB = 13 000/mm³
 - Hb = 11 g/dl
 - PLQ = 440 000/mm³
- VS = 60
- Bilan hépatique normal

Biopsie ganglionnaire :

cHL à cellularité mixte

CD30+, CD15-, CD20-, CD3-, EMA-, LMP+

❑ Bilan d'extension :

✓ Radio du thorax :

IMT = 0,27

✓ Echo abdominale :

HSPM homogène

LV

✓ Scanner thoraco-abdominal :

Multiplés ADP : une dans l'espace latéro-pharyngé droit (2x4x4 cm) et 2 au niveau jugulo-carotidien arrivant jusqu'à la base du cou.

Coulée gg au niveau l'espace médiastinal antérieur.

Infiltration thymique.

HSPM homogène.

- ✓ BOM normale
- ✓ PBF normale

LH stade IIIAb
Traitement MDH03
GMH2 (stades intermédiaires)

- 4 cures mensuelles type COPP/ABV hybride
- Régression quasi complète des ADP et de la splénomégalie

RT SIA (anneau de Waldeyer, gg médiastinaux, gg cervicaux ainsi qu'une irradiation lombo-aortique et splénique)

DISCUSSION

MDH de l'enfant : beaucoup de similitudes
mais également des particularités par
rapport à celle observée chez l'adulte.

Spécificités épidémiologiques

- ❖ Incidence : 3-5,7/M d'enfants
- ❖ Rare avant 5 ans
Exceptionnelle avant 2 ans
- ❖ Dans les pays en voie de développement : 1^{er} pic d'incidence est plus précoce (\approx 10 ans) et ceci est lié à l'EBV.
- ❖ Touche de manière prédominante les garçons

Spécificités anatomopathologiques

Spécificités cliniques

- 75% des cas : ADP cervicales
- Envahissement médiastinal > 50%
- Signes B : $\frac{1}{3}$ des enfants
- Classification d'Ann Arbor :
 - Stades localisés (I et II) : 70-75%
 - Stades III : 20%
 - Stades IV : 10%

IMAGERIE

PET Scan :

Naumann et al : 20% de modifications de stade avec 18% de modifications thérapeutiques (10% dans le sens d'une intensification et 8% dans le sens d'une désescalade)

Spécificités thérapeutiques

Années 1970 :

- protocole de l'adulte (MOPP + RT extensive)
- Amélioration des taux de survie révélant des séquelles tardives.

Séquelles tardives après traitement d'une MDH dans l'enfance

Séquelles	Etiologie
Troubles de la croissance	RT > 33 Gy
Hypothyroïdie	RT
Cardiovasculaire	RT, anthracyclines
K solide	RT, VP16
Leucémies secondaires	Alkylants, VP16
NHL secondaires	Alkylants
Stérilité masculine	Alkylants
Ménopause précoce	Alkylants
Fibrose pulmonaire	RT, bléomycine

- Morbidité et mortalité importantes
- 50% de la mortalité est liée à ces séquelles tardives
- Approches thérapeutiques de désescalade
- RT extensive → RT limitée aux involved fields

Années 1980 :

- ↓ Nb cures pour les stades localisés
- Variantes du MOPP
- ↓ RT à 20 Gy chez les bons répondeurs à la chimiothérapie

Années 1990 :

- Suppression des alkylants dans les stades localisés
- Échec des tentatives de désescalade dans les stades avancés

Années 2000 :

- Suppression de la RT pour les stades localisés en RC (GPOH-HD95)

Futures étapes :

- Suppression de la RT si réponse précoce (PET Scan)
- Procarbazine vs Dacarbazine dans les stades avancés

CONCLUSION

- Evolution des stratégies thérapeutiques de la MDH pédiatrique
- Diminuer les séquelles sans pour autant compromettre la survie
- Evaluer à long terme l'impact de ces modifications thérapeutiques sur la survenue d'une toxicité tardive

Cas n° 9

Lymphome hodgkinien de l'enfant



